

かれていることもあり、厚生労働省によって入院処遇ガイドラインが策定され、提供される医療の具体的な内容、治療には対象者の同意を必要とすること、対象者の同意が得られない場合には病棟倫理会議での承諾を得ることなどが詳細に規定されている。しかし、鑑定入院中の対象者については、「医療を受ける義務」もなく、医療提供の可否、提供すべき医療の範囲は明らかではない。鑑定入院命令を受ける者の多くは、対象行為から逮捕・勾留を経たばかりであり、いまだ幻覚妄想を呈するなど急性期状態にあるため、適切な医療的介入を行うことは不可欠である。それにもかかわらず、法施行当初は、刑事責任能力鑑定を妨げないために積極的な治療を差し控えるのと同様に、医療観察法の鑑定についても積極的な治療を行わないケースが存在した。

そのため、厚生労働省は、法務省・最高裁判所との協議の結果、鑑定を命じられた医師や鑑定入院医療機関の医師が「鑑定その他医療的観察」のために必要と考えられれば、対象者の同意がなくても医療を行うことができ、対象者の同意があれば、「鑑定その他医療的観察」という鑑定入院の目的に反しない限りにおいて医療を行うことができるとの見解を示すに至った。

鑑定入院中の医療提供のあり方を考えるに際しては、1991年12月17日に国連

総会で採択された「精神疾患を有する者の保護およびメンタル・ヘルスケアの改善のための諸原則」（以下、「国連人権原則」という）を考慮に入れる必要がある。国連人権原則は条約ではなく、日本国に対する法的拘束力を持つものではないが、この諸原則は、患者を保護するための国際連合の最低限の基準であり、各国政府は国内法をこれに適合させるように努めなければならないからである。

国連人権原則1は、「全ての人、可能な最善のメンタルヘルスケアを受ける権利を有する」と規定する。そのため、鑑定入院中の対象者にも、当然、自己の精神症状に照らし科学的合理的とされる範囲の精神科医療を受ける権利はあり、医療関係者はそれらを提供する必要がある。

次に、本人の同意をどこまで必要とすべきかも問題となる。国連人権原則は、治療については患者の同意を得ることを原則とし（原則11）、この原則は、精神保健施設に入所している全ての人に適用されるとしている（原則24）。そして、例外として、同意なく治療が行える場合とその際の手続きについても詳細に規定している（原則11）。

わが国の精神保健福祉法には、精神医療の実行における患者の意思に関する規定はなく、その点に関するガイドラインも存在しない。しかし、国連人権原則における

同意原則を踏まえ、医療観察法の入院処遇ガイドラインには対象者の同意および病棟倫理会議に関する規定が盛り込まれた。鑑定入院中の対象者も精神保健施設に入院する者である以上、対象者の治療拒絶権、対象者が同意無能力の場合の手続等について、法律またはガイドライン等で明確に規定する必要があると思われる。

#### ④鑑定入院中の身体合併症

鑑定入院中に身体合併症を発症した場合、規則には、鑑定入院機関の変更の規定が置かれているため（医療観察法規則 51 条）、鑑定入院機関を総合病院の精神科病棟に変更し、身体合併症の治療も行いつつ「鑑定その他医療的観察」を継続できるのであれば問題は生じない。しかし、最高 3 ヶ月に限定されている鑑定入院期間を超え、治療が長期にわたる場合には、医療観察法には執行停止の規定がないため、どのような措置を講じるべきかが問題となる。このような事態に対処するためには、勾留の執行停止（刑訴法 95 条）と同じように鑑定入院の執行停止を認め、それを明文の規定として掲げておく必要があると思われる。

#### ⑤処遇改善請求

精神保健福祉法は、精神科病院に入院中の者又はその保護者に、処遇改善請求の権利を保障し(38 条の 4)、精神医療審査会が処遇の適否について審査を行うこととし

ている（38 条の 5）。医療観察法でも、指定入院医療機関に入院している対象者又はその保護者に処遇改善請求の権利を付与し（95 条）、社会保障審議会が処遇の適否を審査することとされている（96 条）。しかし、鑑定入院中の対象者には、このような権利が認められておらず、鑑定入院先で不当な処遇を受けたような場合であっても、鑑定入院先の変更という裁判所の職権発動を促すことくらいしか（規則 51 条 3 項）手立てがない。

一方、国連人権原則では、患者は国内法によって定められた手続によって不服申立てを有する権利を有すると規定する（原則 21）。この趣旨を鑑定入院中の対象者に関しても及ぼし、鑑定入院中の処遇改善請求に関する規定を、医療観察法自体に設ける必要があると思われる。

#### (2) 責任能力と処遇の申立のリンク

医療観察法では、重大な他害行為を行った精神障害者が心神喪失、心神耗弱者を理由として自由刑の執行を免れたときにはじめてこの法律による処遇の申立てが行われるという枠組みになっており、責任能力をこの法律による処遇の申立てとが完全にリンクしている。すなわち、この法律は、対象者が自由刑の執行を免れたときにはじめて治療の方に移行させるという理念で成り立っており、刑罰の執行に代えて

治療を与えるという考え方ではないということである。

しかし、重大な他害行為を行った精神障害者に適切な医療を施し、彼の社会復帰を促進するという医療観察法の目的からするならば、そのための適切な処遇を行うということと彼に責任能力があるか否かということとは本来関係がないはずである。諸外国では、責任能力の有無にかかわらず、犯罪を犯した精神障害者に対して、彼に責任能力があるとして刑罰を科す場合であっても、治療が必要な場合には、刑罰を執行する前に医療の方へ移行させ治療を行う、あるいは刑罰に代えて医療の方へ移行させ治療を行うということが幅広く認められている。わが国においても、今後は、責任能力と医療観察法における処遇とのリンクを外し、重大な他害行為を行った精神障害者で治療の必要な者については、まず、この法律による治療を行い、その後、刑罰を執行するというような制度の導入も検討してよいのではないと思われる。

### (3) 合議体の構成

医療観察法における審判は、1人の裁判官と1人の精神保健審判員による合議体で行うということになっている（法11条1項）。しかし、このような2人合議制というのは、諸外国の制度をみてみてもかなり珍しいものであり、通常は、法律関係者、

精神医療関係者、精神保健福祉の専門家（例えば、ソーシャルワーカー）という3職種によって構成されている。しかし、医療観察法制定当初においては、精神保健福祉の専門家がまだ十分には育っていないので、とりあえず、2人合議制にするということで、このようなことになったようである。そこで、医療観察法は、精神保健参与員を、合議体の準メンバーとして関与させることにしたが、現行法では、それは、あくまでもその知識と経験に基づいて裁判官と精神保健審判員とを補助する性格のものとして位置付けられており、そのため、精神保健参与員は、評決権を有していない（11条1項、14条）。

しかし、精神障害者を、地域のどのようなリソースを用いて、社会復帰させていくかという点に関しては、むしろ、精神保健参与員こそが、まさに専門的知見を有している。このようなことからするならば、重大な他害行為を行った対象者に対して、適切な医療を施すことにより、その社会復帰を促進するという医療観察法の最終目的からするならば、本来は、精神保健参与員も交えた3者で合議体を形成し、多角的な観点から意見を出し合い、個々の対象者の社会復帰促進に適した処遇を決定することが望ましいといえるように思われる。また、現在においては、医療観察法制定当初とは異なり、精神福祉の専門家もかなり

育ってきているのが現状である。このようなことからするならば、医療観察法の見直しにおいては、そのような方向でも法改正が是非とも行われるべきである。

#### (4) 対象行為の概念

医療観察法による強制医療の対象となる行為は、放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗の6罪種に限られている。対象行為が、これらの行為に限定された理由は、「これらの行為は、いずれも個人の生命、身体、財産等に重大な被害を及ぼすものであることに加え、他の他害行為に比べ、心神喪失者等により行われること比較的多い」ということにあり、しかも、医療観察法の医療は措置入院による医療よりも自由の制限が大きいということからするならば、医療観察法がこのように、対象行為を6罪種に限定したことは妥当なものであり、これからも堅持すべきであるように思われる。

もっとも、このように、医療観察法では、対象行為が6つの故意犯に限定されていることから、対象者が、精神障害による妄想等に基づく錯誤により行為を行ったという場合、医療観察法の対象とすることができなくなるのかが問題となる。

このことが問題となった判例として、最決平成20年6月18日刑集62巻6号1812頁がある。その事案は、対象者Xは、本

件犯行当時、重い統合失調症に罹患しており、幻聴、誇大妄想、被害妄想等の症状を呈していたが、ビル5階にあるA宅居室内に無断で立ち入り、Aの靴下等を自己の占有下に置き、Aの二男Bのベルトを肩にかけるなどしたところ、Aの妻Cに発見され、Cから連絡を受けたAとBが駆け付け、BがXが肩にかけていたベルトを掴んだところ、XはBの顔面等を手拳で数回殴打するなどして傷害を負わせた。検察官は、Xは本件犯行当時心神喪失状態であったとして、不起訴処分としたうえで、医療観察法による審判の申立てを行った。付添人は、ベルトなどの窃盗については被害者の承諾が得られていたと認めていたため故意がないから、事後強盗罪には該当しない、また、対象者の暴行行為には正当防衛が成立し、また少なくとも誤想防衛に当たる旨を主張した。これに対して、原々審、原審とも付添人の主張を退け、事後強盗罪の成立を認めた上で、医療観察法における「医療をうけさせるために入院させる」旨の決定をした。付添人の再抗告に対し、最高裁判所は、以下のように判示して、それを棄却した。「対象者の行為が対象行為に該当するかどうかの判断は、対象者が妄想型統合失調症による幻覚妄想状態の中で幻聴、妄想等に基づいて行為を行った本件のような場合、対象者の幻聴、妄想等により認識した内容に基づいて行うべきで

なく、対象者の行為を当時の状況の下で外形的、客観的に考察し、心神喪失の状態にない者が同じ行為を行ったとすれば、主観的要素も含め、対象行為を犯したと評価することができる行為であると認められるかどうかの観点から行うべきであり、これが肯定されるときは、対象者は対象行為を行ったと認定することができるかと解するのが相当である。

しかし、このような最高裁判所の見解は妥当ではないように思われる。このように外形的な行為から行為者の認識を推論すればよいとすると、精神障害者が過失によって行為を行ったが、外形的にみると対象行為を犯したとみうるという場合、たとえば、精神障害者が自動車を運転し過失によって人を轢き死亡させたという場合であっても、外形的にその人を狙ってひき殺したように見える場合を、広く医療観察法の対象とすることになり得るが、それは妥当とは思われないからである。

もっとも、医療観察法の対象行為であるかの判断は、犯罪の成否の判断ではないので、犯罪論における故意にとって必要な認識まで要求することは必要ではなく、また妥当でもないように思われる。行為者が妄想等によって精神機能が損なわれ、主観的に錯誤が生じた状態で重大な他害行為が行われるという場合、精神障害が重篤である場合が多く、医療観察法によって後見的

に再犯を防ぐために医療を与える必要性が高いにもかかわらず、このような場合故意が否定されて対象者から除外するというのが、医療観察法の趣旨とは考えられないからである。

したがって、一方で、対象行為を6罪種とすることを堅持しながら、他方で病状を改善し、同様の行為の再発を防止し、社会復帰を図るための適切な医療を与えることを目的とする医療観察法の処遇の対象としては、対象者がどのような認識であることが必要かということを検討し、必要であれば、そのために立法措置を講ずべきであるように思われる。その一つの考え方として、妄想に基づいて人をケモノと認識して殺害したという場合、外形的事実の認識—一人の外観を有し、人の振舞いをするものという認識—は必要であるが、精神障害による錯誤によってその意味の認識—一人ではなく、ケモノであると思っていたという認識—が欠ける場合であっても、医療観察法における対象行為としては認めることができるということが考えられるように思われる。

(5) 法42条1項1号、2号における「この法律による医療を受けさせる必要」の意義

同42条1項1号は、裁判所は、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる

必要があると認める場合には、入院をさせる旨の決定を、また、同条項 2 号は、前項の場合を除き、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合には、入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならないとしている。

そこで、裁判所が、対象者について、精神保健福祉法による医療で十分である時に、医療観察法による医療を受けさせる必要がないとして、同法による医療を行わない旨の決定（法 42 条 1 項 3 号）をすることは許されるかが問題となる。これに関して、最決平成 19 年 7 月 25 日刑集 61 卷 5 号 563 頁は、以下のように判示している。

「医療観察法の医療の必要が認められる者については、同法 42 条 1 項 1 号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項 2 号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならないと、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法 42 条 1 項 3 号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されない」。

これは、医療観察法による医療が精神保健福祉法によるそれよりも常に優先するとする判断を示したものであるが、その背後には、犯罪を行った精神障害者に一般の精神医療より手厚い医療を保障するのが医療観察法の目的であるのだから、その要

件が充たされる以上この法律による医療を言い渡さなければならないとする考えがあるように思われる。

しかし、精神障害者の病状によっては、医療観察法の医療より、精神保健福祉法によるそれの方が適切である場合もある。また、それまでは、指定入院医療機関が精神障害者の居住地から遠く離れた場所にしかなく、将来の通院医療への切り替えがスムーズにかなような場合には、裁判所が医療観察法による医療を言い渡さず、精神保健福祉法によって近くの精神病院に入院させ、退院後に地域精神医療に結びつけるということが行われていたが、本最高裁決定によって、このようなことも行えなくなったのである。

しかし、医療観察法の目的は、医療や観察によって病状を改善し、同様の行為の再発を防止し、その社会復帰を促進するというにあるのであるから、法 42 条 1 項にいうこの法律による医療の必要性の有無については、対象者について、その再犯を防止し、社会復帰を促進するためにはどのような医療を施すことが適切かという観点から検討すべきであり、以上に述べたように、場合によっては、精神保健福祉法による医療の方が適切であるという場合もあるのである。したがって、今後、法 42 条 1 項 1 号、2 号における「この法律による医療を受けさせる必要」の意義につ

いては、そのような観点からの解釈・運用を検討すべきであるように思われる。

#### (6) 再審規定の新設

医療観察法の医療に付された後で、誤診や詐病のため誤審が明らかになったケースについて、再審により刑事司法の側に差し戻す仕組みを創設すべきだとの指摘がある。例えば、ある対象者が、起訴前鑑定で、「統合失調症」との診断を基礎に、心神喪失または心神耗弱と認められ不起訴処分となり、検察官による医療観察法の申立てが行われ、処遇鑑定でも「統合失調症」と診断された結果、医療観察法による入院医療を行う決定が確定したが、入院した指定入院医療機関の医師が、対象者の精神障害は、「統合失調症」ではなく「人格障害」とであると診断し、治療可能性が疑わしいと判断したような場合である。さらに、精神障害に罹患していない対象者について、起訴前鑑定を行った医師、処遇鑑定を行った医師が詐病を見抜けず、責任能力に問題ありとして、医療観察法による医療が決定したような場合も問題となる。現行法上、医療観察法による医療ないし不処遇の決定（42条1項）が確定した以上は、検察官は当該決定に係る対象行為について公訴を提起することはできないし、再度の検察官申し立ても行えない（46条1項）。したがって、実務では、このような場合に、指

定入院医療機関の管理者から退院の許可の申立て（49条1項）を受けて、この法律による医療を終了する旨の決定を行うという運用がなされている（東京高決平成18年8月4日東高刑事報57巻1～12号35頁）。

責任能力の有無は、処遇言い渡しの前提要件である。したがって、誤った診断に基づいて処遇の対象となった者は、医療観察法の処遇から解放する必要がある。さらに、本来、引き受けるべきでない対象者を処遇する指定医療機関の負担も取り除く必要がある。その方法としては、精神障害が改善した（あるいは、更なる治療の必要はない）として処遇終了を認めるという、現在の実務におけるやり方で十分との意見もありうるだろう。しかし、やはり、退院許可の申立てに再審申立ての役割を担わせるのは妥当ではなく、さらに、そのような者を刑事司法手続きに戻すことをも考えるのであれば、新たな制度創設の検討が必要になると思われる。

#### E. 結論

本報告書では、医療観察法における法的課題として、最近の最高裁判所の判例で問題となった、医療観察法における法的論点および同法における法的課題等について検討を行い、同法の運用面の改善および法改正の必要性について若干の具体的提言

を行った。今後、以上で指摘した課題を踏まえて、医療観察法の運用の改善および法改正の検討がぜひとも必要であるように思われる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

・山本輝之「精神保健福祉法の改正について―保護者の義務規定の削除と医療保護入院の要件の変更を中心に―」法と精神医療 29号（2014年）23頁～40頁

### 2. 学会発表

・柑本美和「平成25年精神保健福祉法改正の意義」第44回日本医事法学会 ワークショップ（2014年）



## 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表  
(平成26年度)

雑誌

| 発表者氏名  | 論文タイトル名   | 発表誌名               | 巻号       | ページ       | 出版年  |
|--|---|--------------------|----------|-----------|------|
| Shiina A, Iyo M, Yoshizumi A, Hirabayashi N.   | Recognition of change in the reform of forensic mental health by clinical practitioners: a questionnaire survey in Japan.                             | Ann Gen Psych      | 29;13(1) | 9         | 2014 |
| Kimura H, Kanahara N, Komatsu N, Ishige M, Muneoka K, Yoshimura M, Yamanaka H, Suzuki T, Komatsu H, Sasaki T, Hashimoto T, Hasegawa T, Shiina A, Ishikawa M, Sekine Y, Shiraishi T, Watanabe H, Shimizu E, Hashimoto K, Iyo M. | A prospective comparative study of risperidone long-acting injectable for treatment-resistant schizophrenia with dopamine supersensitivity psychosis. | Schizophr Res      | 155(1-3) | 52-8      | 2014 |
| 高瀬 正幸, 金原 信久, 伊豫 雅臣  | 長期予後を見据えた統合失調症の薬物療法 非定型抗精神病薬 持効性注射剤の可能性 アドヒアランス維持とドパミン過感受性精神病の予防・改善(解説)   | 臨床精神薬理 (1343-3474) | 17巻5号    | 635-641   | 2014 |
| 椎名 明大, 五十嵐 禎人, 伊豫 雅臣   | 精神障害者の司法精神医学の認識に関する研究(原著論文)   | 司法精神医学 (1881-0330) | 9巻1号     | 2-13      | 2014 |
| 金原 信久, 鈴木 智崇, 伊豫 雅臣  | Clozapineのより具体的な適応症例 治療抵抗性統合失調症の評価に際して(総説)  | 臨床精神薬理 (1343-3474) | 17巻2号    | 261-275   | 2014 |
| 山本輝之   | 精神保健福祉法の改正について—保護者の義務規定の削除と医療保護入院の要件の変更を中心に—  | 法と精神医療             | 29号      | 23-40     | 2014 |
| 八木 深 大島 紀人<br>山本輝之   | 医療観察法精神保健判定医のスキルアップのために   | 臨床精神医学             | 43巻第9号   | 1285-1292 | 2014 |
| 松原三郎   | 医療観察法における通院医療   | 司法精神医学             | 8(1)     | 31-38     | 2013 |
| 松原三郎   | 学会認定精神鑑定医制度の概要について  | 司法精神医学             | 8(1)     | 85-87     | 2013 |
| 松原三郎   | 医療観察法における通院処遇の課題  | 法と精神医療             | 29       | 41-54     | 2014 |



研究成果の刊行物・別刷

# 精神保健福祉法の改正について

—保護者の職務規定の緩和と医療保護入院の要件の改正について—

山本 輝之

Osaka University  
Faculty of Law  
Osaka University  
成城大学法学部

## I ●はじめに

この度、厚生労働省は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案」（以下、「法律案」）を公表し、第183回通常国会に提出した。その提案理由説明は、以下のようなものである。

「精神障害者に対する医療に関しては、入院期間が短くなっている一方で、入院患者約三十万人のうち一年以上入院している患者が依然として約二十万人に上るとともに、精神障害者の保護者である一人の家族のみが法律上の義務を負う仕組みについては、家族の高齢化に伴い、保護者の負担が大きくなってきています。こうした状況を踏まえ、精神障害者の地域における生活へ移行することができるよう、精神障害者に対する医療の見直しを図ることが必要であり、この法律案を提出した次第であります。以下、この法律案についてその概要を説明いたします。

第一に、厚生労働大臣は、精神病床の機能分化に関する事項等について、精神障害者の心身の状態に応じた良質かつ適切な医療の提供を確保するための指針を定めなければならないこととしています。

第二に、主に精神障害者の家族の一人を保護者とした上で、精神障害者に治療を受けさせ、財産上の利益を保護する義務等を課している現行の仕組みを廃止することとしています。

第三に、医療保護入院について、現行では、精神科病院の管理者は、精神保健指定医の診察により入院の必要性が認められ、かつ、保護者の同意があるときは、本

人の同意がなくても入院させることができることとなっていますが、保護者の同意に替えて、家族等のうちいずれかの者の同意を必要とすることとしています。また、精神科病院の管理者は、医療保護入院者からの退院後の生活に関する相談に応じ、指導を行う者を病院内に配置することや、地域における生活への移行を促進するために必要な体制の整備等の措置を講じなければならないこととしています。」

## II ●法律案制定の経緯

(1) このような法律案が制定される契機になったのは、「障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者制度の集中的な改革を行うため」に内閣に設置された「障がい者制度改革推進本部」（平成21年12月8日）の意見を基礎とした「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」という閣議決定（平成22年6月29日）であった。その内容は、以下のようなものである。

### 「(4) 医療

- 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等を含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 自立支援医療の利用者負担について、法律上の規定を応能負担とする方向で検討し、平成23年内にその結論を得る。」

そこで、厚生労働省は、平成22年10月に、すでに、同年5月に立ち上げられていた「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の第3R（ラウンド）として「保護者制度と入院制度」を取り扱い、その「検討チーム」、さらにその下に「保護者制

---

\*1 <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/pdf/kihon.pdf>

度・入院制度に関する作業チーム」を設けて多く議論を重ね、最終的に、平成24年6月に、①精神保健福祉法から保護者の義務規定をすべて削除する、②医療保護入院の要件から保護者の同意を外す旨の報告書を提出した。<sup>\*2</sup>

(2) これを受けて、2013年2月21日に、厚生労働省は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案の概要」を、また、翌22日に、「精神保健医療福祉の見直しについて」という書面を公表し、上記法律の一部を改正する趣旨を説明した。

それらによれば、上記改正案の概要は、以下のようなものである。まず、そこでは、改正の趣旨として、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行うことが謳われており、具体的な改正項目として、以下の4つの事項があげられている。

(1) 精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めること

(2) 保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する

(3) 医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置、
- ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4) 精神医療審査会に関する見直し

「精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保護又は福祉に関し学識経験を有する者」と規定する。

---

\*2 検討チーム、作業チームも公開されており、そこでの議論も厚生労働省のHPで見ることができる。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000almx.html>

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

これに基づいて、本法律案が作成されたわけである。本稿では、以上のうち、特に重要と思われる、(2)と(3)の点に関する法律案の内容を紹介し、若干の検討を行うこととする。

### Ⅲ●保護者制度の廃止について

(1) 保護者制度とは、精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の利益を保護するなど、精神障害者の生活行動<sup>※3</sup>一般における保護の任に当たらせるために、精神保健福祉法が特別に設置した制度である。保護者には、現行の精神保健福祉法（以下、「法」ということもある。）において、以下のような役割が課せられている。

- ①任意入院者及び通院患者を除く精神障害者に治療を受けさせる義務（22条1項）
- ②精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力すること（22条2項）
- ③任意入院者及び通院患者を除く精神障害者に医療を受けさせるに当って医師の指示に従うこと（22条3項）
- ④任意入院者及び通院患者を除く精神障害者の財産上の利益を保護すること（22条1項）
- ⑤回復した措置入院者等を引き取ること（41条）
- ⑥⑤の引き取りを行うに際して、精神病院の管理者又は当該院と関連する精神障害者社会福祉施設の長に相談し、及び必要な援助を求めること（22条の2）
- ⑦退院請求等の請求をすることができること（38条の4）
- ⑧医療保護入院の同意を行うことができること（33条1項<sup>※4</sup>）

(2) しかし、かねてより、この保護者制度については、さまざまな問題点が指摘されていた。1) 1人の保護者のみが法律上課せられた上記のようなさまざまな義務を行うことは、負担が多すぎる、2) 本人と家族の関係はさまざまである中で、保護者が必ずしも本人の利益保護を行えるとは限らない、3) 保護者制度創設時と比較して社会環境や家族関係が変化しており、現在の保護者の制度はそれに十分対応しているものではない、4) 保護者に課せられた義務規定は抽象的であり、法律の規定として具体的な意義は存

\*3 大谷實・新版精神保健福祉法講義(2010年)64頁。保護者制度の歴史については、町野朔「保護者制度の改革と精神医療」法と精神医療27号(2012年)43頁参照。

\*4 精神保健福祉研究会監修・三訂精神保健福祉法詳解(2007年)190頁以下参照。



在しない、等々である。<sup>\*5</sup>

そこで、本法律案では、このような保護者制度を廃止し、保護者に課せられていた義務規定をすべて削除するとともに、医療保護入院の要件から保護者の同意を外し、その代わりに、その家族等のうちいずれかの者の同意を要件とすることとしたのである。

#### IV●保護者の義務規定の削除

(1) まず、法律案は、保護者に課せられていた①治療を受けさせる義務、②医師の診断に協力する義務、③医師の指示に従う義務を削除した。

これらの義務を削除した理由は、1) 精神病患者監護法による私宅監置を廃止し適切に医療機関につなげるという制定当初の意義は現在失われている、2) これらの義務の具体的内容が不明確である、3) 本人と保護者との関係はさまざまであり保護者のみに義務を負わせることは困難であるというものである。また、現在では、精神障害者の医療については、医療法などにそれをカバーする規定が設けられていることから、保護者のこれらの義務を削除しても特段不都合が生じることはないということもその理由であろう。すなわち、医療法は、医療施設の管理者等は「患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない」と規定し(6条の2第2項)、また、医師法は、「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」と定めている(23条)。したがって、これらの法律にこのような規定が置かれている以上、精神保健福祉法にことさら特別に以上のような義務規定を定めておく必要はないのである。<sup>\*7</sup>

(2) 次に、法律案は、④保護者に課せられていた財産上の利益を保護する義務も削除した。その理由としては、この義務の対象範囲が明確ではなく、またこの義務の濫用的履行の防止についても不明確であり、そもそもこの規定では精神障害者の利益を保護するためには、不十分であるということがあげられている。<sup>\*8</sup>そして、現在においては、判断

\*5 検討チーム、作業チームの資料参照。この資料は、前注2にあげた厚生労働省のHPで見ることができ

\*6 検討チーム、作業チームの資料参照。この資料も、前注2にあげた厚生労働省のHPで見ることができ

\*7 町野崎・前掲論文49頁参照。

\*8 検討チーム、作業チームの資料参照。この資料も、前注2にあげた厚生労働省のHPで見ることができ



能力に問題のある者の財産管理については、民法に成年後見・保佐・補助の制度が整備されており（民法7条以下）、判断能力に問題のある精神障害者の財産管理についても、精神保健福祉法に抽象的な義務規定を置いておくだけよりも、これらの制度を活用する方が実効性が高いのである。したがって、今後はむしろそれを活用すべきであるということになる。

(3) さらに、⑤保護者の引き取り義務も削除した。この義務は、精神衛生法の時代から存在するものである。その立法趣旨は、精神障害者を監護する義務は、保護者が負うのが原則であるという考え方を前提として、入院措置がとられた場合には、保護者が精神障害者の身上監護を行うことが事実上不可能になるため保護者の義務が解除されるが、それはあくまで例外的な状態にすぎず、精神障害者が退院したときには原則に戻って、保護者の監護義務が復活するというものであった。措置入院については現行法41条がこのような態度を明らかにしているが、以上のような考え方からすれば、強制入院である医療保護入院から退院した精神障害者についても、保護者には引き取り義務が課されることになるというのが自然である。<sup>10</sup>

要するに、この⑤の義務規定は、精神障害者が入院していないときは、保護者が監護する責任を負うという考え方に基づいていたものである。たしかに、法41条にいう「引き取り」に、他の医療施設、福祉施設のアレンジが含まれるという理解が妥当であるとしても、このように退院患者の引き取りはもっぱら保護者の義務であるとするにより、地域精神医療の施策を公的に整備・充実させ、精神障害者の医療とケアについて公的な責任の下に入院医療から地域医療へ円滑な移行を行うということが制度上妨げられることになっていた。しかも、もし、保護者が引き取りを拒否する場合には、患者を實際上退院させることが不可能となり、その意味で、この義務規定は、「社会的入院」を維持するという弊害をももたらしていたのである。法律案による⑤の義務の撤廃は、この弊害の打破を企図するものと考えられるが、そうである以上、今後は、入院から地域医療への円滑な移行について都道府県の責任を明確化し、行政がイニシアティブをとって地域移行支援事業と連携をとって退院した精神障害者の医療とケアを行うという体制を整備していくことが必要となる。

---

\* 9 公衆衛生法規研究会編「精神衛生法詳解」(1976年)112頁以下参照。

\* 10 町野朔・前掲論文48頁。

\* 11 精神保健福祉研究会監修・前掲書449頁。

\* 12 町野朔・前掲論文48頁。

## V●医療保護入院の要件の変更

(1) 現行精神保健福祉法33条1項は、医療保護入院について、「精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる」と規定している。これに対し、法律案は、保護者制度の廃止に伴い、この規定を改めて、「精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる」とした(33条1項)。そして、同33条2項は、「前項の『家族等』とは、当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう」としている(扶養義務者とは、①直系血族(端的には父母および祖父母)及び兄弟姉妹、②その他、特別の事情により、家庭裁判所が扶養義務を負わせた三親等内の親族をいう。民法877条)。つまり、現行法における、保護者の同意に替えて、家族等のうちのいずれかの者の同意を要件とするということに改めたのである。<sup>\*13</sup>

(2) もっとも、前述した検討チーム・作業チームの結論では、強制入院としての医療保護入院の制度は維持すべきだが、それを保護者の同意を要件せず、1人の指定医の診察で入院させられる制度に改めるべきであるとされていた。これは要するに、家族をはじめとする精神障害者本人の私的な関係者に、本人の入院についての同意の責任を負わせないようにすることを意図したものであったはずである。これが、法律案では、どうして、上記のように家族等のうちいずれかの者の同意を要件とするということになったのか、その理由は必ずしも明らかではない。

考えられる理由の第1としては、これまで、医療保護入院は、保護者が入院に同意して医療費を支払うという契約(第三者のために行う契約)に基づくものであると理解されてきたため、保護者の同意という要件を外したら、医療費を払ってくれる人がなくなるという危惧を抱く医療関係者の意見に配慮したということである。しかし、現行法42条は、「保護者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する」と定めている。このことから明らかなように、精神障害者の医療および保護のための費用は、当該精神障害者本人またはその扶養義務者が負担するというのが法の建前である。この42条は、法律案では削除されたが、このような一般原則は、何ら変わるものではない。すなわち、医療保護入院について保護者

\* 13 また、法律案34条1項は、医療保護入院のための移送の要件についても、「保護者の同意」を、「その家族等のうちいずれかの者の同意」に改めている。

なり家族等なりが同意するということと費用負担の問題とは全く別の問題なのである。このことは、現行法上保護者の同意を必要としない措置入院の場合であっても、都道府県知事は、当該精神障害者又はその扶養義務者に対して入院に要する費用を求償することが可能であることを規定した法31条に<sup>\*14</sup>照らしても明らかである。この点では、家族等のうちいずれかの者の同意を医療保護入院の要件として残す必要性は存在しないといわなければならない。

(3) 考えられるもう1つの理由は、これまで、医療保護入院について保護者の同意を要件としてきた趣旨の1つは、強制入院である医療保護入院の濫用を防止し、精神障害者の人権を擁護することにあるとされてきた<sup>\*15</sup>ため、医療保護入院を保護者の同意を要件とせず、1人の指定医の判断で強制的に入院させることができる<sup>14</sup>とすることは、精神障害者の権利擁護という観点から妥当ではないというものである。

たしかに、精神障害者の権利擁護のうえで、保護者となるべき家族等の果たしてきた役割は否定できない。しかし、實際上、保護者の入院への同意が、精神障害者の権利を擁護する装置としての役割を常に果たしてきたとはいえないであろう。そして、確実な権利擁護のための装置となりえないという点においては、家族等のいずれかの者の同意を要件とすることにしても、何ら変わることはないように思われる。

また、法律案は、現行法で家族等関係者のうち誰が保護者となるかの法定順位が定められている点を撤廃することを企図している。そうなると、「家族等」の中で当該精神障害者の入院をめぐって意見の不一致がある場合をどうすべきかという問題が出てくる。具体的には、「家族等のうちいずれかの者」の誰かがいったん入院への同意をして医療保護入院が行われたあとで、同じ「家族等のうちいずれかの者」の範囲に含まれる別の誰かがその入院に異議を唱えた場合の処理が問題となる。この点立案当局者は、法律案では、医療保護入院の同意権者としての「家族等のうちいずれかの者」に該当する者は、当該入院の退院請求の申立権を有しているから、家族内の意見が一致しないままに医療保護入院が行われた場合でも、当該入院に反対する家族等は退院請求(38条の4)を行い、それが認められれば退院させることができるのであり、手続上も医療実務上も問題は生じないと考えたのかもしれない。この点、実際上は、たとえば、遠くに住んでいる扶養義務者である兄弟等が濫用的に医療保護入院への不同意を主張した場合、患者を退院させなければならないということを認めれば、医療現場に多大な混乱をもたらすだけでな

\* 14 町野朔・前掲論文50頁参照。

\* 15 大谷實・前掲書98頁参照。

く、患者本人の医療を受ける権利をいたずらに阻害することになる。したがって、このように、家族等のうちいずれかの者が入院に異議を唱えれば即座に患者を退院させなければならないという結論は不当なものであろう。とはいえ、このような家族等のうちいずれかの者からの退院請求をどのような場合に拒絶することができるかということとは不明であり、この点で法律案は問題を残すものであることは否定できないように思われる。

(4) もっとも、以上のことよりもはるかに大きな問題がある。法律案の最大の問題は、同意権者の範囲をいたずらに拡大し、かつあいまいなものにしたことで、事実として家族に余計な負担をかける可能性があることにある。現行法では、保護者が精神障害者本人の意に反して本人を入院させることによって、両者の関係に軋轢が生じ、極端な場合には、本人の社会復帰の最大の基盤となるべき家族関係を破壊してしまう危険があることが問題視されていた。このことこそが保護者制度廃止の提言に至る最大の現実的ニーズであったはずである。法律案は、その方向性を無視するだけに留まらず、これまでそうした任を負ってきた精神障害者家族に、他の家族構成員との関係調整という負担まで押し付けることになるように思われる。

たしかに、精神障害者の保護に家族が果たす役割が大きいことは否定することはできない。しかし、強制入院である医療保護入院に同意を与える権限まで家族に担わせることは、ある場合には家族への過大な負担となり、ある場合には本人の権利擁護に不十分な結果となるのであり、このような方向性には限界があるように思われる。また、たとえば市町村長同意の場合においては、実質的にはもっぱら指定医の医療的判断によって入院の可否が決まっているように思われるが、その実務が保護者同意の場合と比べて必ずしも濫用的なものとも言えないだろう。このことからすれば、検討チームの提案のように、医療保護入院の要件としては保護者（あるいは「家族等のうちいずれかの者」）の同意を不要として指定医の判断で入院させることを可能としたうえで、入院後の患者の権利擁護のための審査を現状より手厚い形で、しかも迅速に行うことのできるシステムの構築を目指すべきである。

この点、検討チームは①本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者（アドボケーター）を選ぶことができることとする、②入院中の定期的な審査は、早期の退院を目指した手続の一環と位置付けるとともに、それには本人または代弁者が参画できるようにするなど、入院に関する審査の在り方を見直す、という方向を患者の権利擁護のための柱とすべきものと